

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ПИРОГОВА № 236

**Дата проведения: 21.02.2018г. Время проведения: 18:00**

Заседание общества транслировалось в прямом эфире на канале YouTube

Трансляцию онлайн смотрели 6 человек, подписанных на канал – 24.

**Место проведения:** Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова», зал «Коротков»

### **Председатели заседания:**

Солоницын Е.Г., Королев М.П., Прядко А.С., Федотов Л.Е. г. Санкт-Петербург

### **Члены правления:**

В. И. Васильев, Г. В. Бояринов, А. А. Смирнов, А.А. Стекольников, А. А. Филин, Д. П. Шершень.

### **Секретарь**

М.М. Саадулаева

*Присутствовали слушатели:* 66 человек.

### **ПОВЕСТКА ЗАСЕДАНИЯ**

#### **Тема заседания: "Эндоскопические интервенции при панкреатите".**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 1. Прядко А.С.    | "Панкреатит и его виды: обзор терминологии и современных представлений"<br>Ленинградская Областная Клиническая Больница   |
| 2. Шершень Д.П.   | "Эндоскопические интервенции при панкреатите: обзор методик и анализ собственного опыта" Кафедра общей хирургии Военно-Медицинской Академии   |
| 3. Санникова А.А. | "Эндоскопические интервенции при панкреатите: обзор российских, иностранных и международных руководств" ФГБУ "НМИЦ им. В.А.Алмазова"  |
| 4. Данилов И.Н.   | "Стентирование главного протока поджелудочной железы, в комплексном лечении кальцифицирующего хронического панкреатита. Презентация клинического случая" ФГБУ "НМИЦ им. В.А.Алмазова" |

### **1.СЛУШАЛИ:**

Выступал Прядко А. С., зам. главного врача по хирургии, зав. хирургическим отделением Ленинградской областной клинической больницы, к.м.н. с сообщением "Панкреатит и его виды: обзор терминологии и современных представлений".

Презентация размещена на сайте общества ([www.gi-endo.ru/57012](http://www.gi-endo.ru/57012))

Докладчик начал с определения термина хронического панкреатита (ХП), остановился на наиболее часто используемых классификациях и их проблемах. Подробно остановился на критериях диагностики, тактике лечения, наблюдения и прогноза течения заболевания. Автор в своем докладе обращает внимание на то, что общая стратегия оперативных подходов включает в себя манипуляции, дренирующие протоковую систему поджелудочной железы и при необходимости различные виды резекции ткани железы, а так же ликвидацию осложнений хронического панкреатита. Отдельно остановился на эндоскопических методах лечения, на принципах стратегии консервативной терапии, в том числе, как дополнение к хирургическим методам лечения. Дал краткую характеристику рекомендаций Европейского гастроэнтерологического общества и Американской ассоциации панкреатологов по рассматриваемой нозологии. В заключении докладчик отметил, что на сегодня нет единых классификационных подходов, что не позволяет стандартизировать подходы к лечению ХП. Большинство исследовательских групп и консенсусов указывает на необходимость этиологической дифференцировки ХП, также целесообразно выделение в отдельные группы обструктивного, кальцифицирующего ХП и ХП с преимущественным поражением головки ПЖ. Это диктуется различной хирургической тактикой.

Было задано 5 вопросов, на которые автор дала исчерпывающие ответы.

**Заключение:** Хирургическая тактика у больных хроническим панкреатитом зависит от формы заболевания и его осложнений, результатов дооперационного обследования с оценкой общесоматического статуса пациента и учетом достоверных клинико-инструментальных и морфологических критериев. Применение эндоскопических операций при ХП должно быть строго регламентировано как проявлениями ХП, его формой, так и соматическим статусом и разработанной хирургической стратегией.

## 2.СЛУШАЛИ:

Выступил Бояринов Д.Ю., к.м.н., старший преподаватель Кафедры общей хирургии ВМедА с сообщением **«Эндоскопические интервенции при панкреатите: обзор методик и анализ собственного опыта»**

Презентация размещена на сайте общества ([www.gi-endo.ru/57012](http://www.gi-endo.ru/57012))

Докладчик начал с эндоскопических методик, применяемых при остром и хроническом панкреатитах, подробно останавливаясь на каждой. Автор озвучил основные задачи предоперационного обследования для определения тактики лечения. Учитывая, что в основном это дренирующие операции (дренирование кист трансмурально и транспапиллярно, дренирование билиарных и панкреатических протоков), предпочтение стоит отдавать эндоскопическим методикам в связи с меньшей травматичностью и большей физиологичностью, при этом современные методы лечения должны обеспечивать адекватное дренирование, не создавать условий для рецидива. Далее докладчик подробно остановился на методике эндоскопического трансмурального дренирования псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). В заключении своего доклада автор поделился опытом успешного эндоскопического лечения псевдокист ПЖ в клинике ВМедА.

Было задано 2 вопроса, на которые автор дал подробные ответы.

**Заключение:** Интервенционные эндоскопические методы лечения при панкреатите являются высокоэффективными, малоинвазивными, сопровождаются меньшим количеством осложнений и хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Дифференцированный подход к выбору варианта эндоскопического стентирования и дренирования кист ПЖ в соответствии с предлагаемым алгоритмом позволяет получить хорошие отдаленные результаты.

## 3.СЛУШАЛИ:

Выступила Санникова А. А. врач-эндоскопист, эндоскопическое отделение ФГБУ "НМИЦ им. В.А.Алмазова" с сообщением **«Эндоскопические интервенции при панкреатите: обзор российских, иностранных и международных руководств»**.

Презентация размещена на сайте общества ([www.gi-endo.ru/57012](http://www.gi-endo.ru/57012))

Автор доклада проанализировала рекомендации по эндоскопическим вмешательствам при остром и хроническом панкреатите следующих сообществ: American Society of Gastroenterological Endoscopy (ASGE), The Japanese Society of Gastroenterology (JSGE), Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (JSHBPS), European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), Российское общество хирургов (РОХ). Подробно остановилась на классификациях острых и хронических панкреатитов и лечебной тактике, разработанных данными сообществами, дала им сравнительный анализ.

Было задано 3 вопроса, на которые автор дала исчерпывающие ответы.

**Заключение:** Эндоскопические вмешательства при лечении острого и хронического панкреатита в большинстве случаев являются методами первой линии интервенции. Международное медицинское сообщество едино в отношении общих принципов применения эндоскопических методов при лечении острого и хронического панкреатита.

## 4.СЛУШАЛИ:

Выступил Данилов И.Н., врач-хирург, заведующий отделением хирургии, к.м.н., ФГБУ "НМИЦ им. В.А.Алмазова" **"Стентирование главного протока поджелудочной железы, в комплексном лечении кальцифицирующего хронического панкреатита. Презентация клинического случая"**

Презентация размещена на сайте общества ([www.gi-endo.ru/57012](http://www.gi-endo.ru/57012))

Автор поделился опытом многоэтапного лечения хронического кальцифицирующего панкреатита с формированием крупной псевдокисты головки поджелудочной железы у молодой женщины. Анамнез заболевания около 5 лет с периодическими болевыми приступами, купированными консервативной терапией, после очередного выраженного обострения в августе-сентябре 2017г. при обследовании выявлены псевдокиста в проекции головки поджелудочной железы с вирсунгоэктазией и вирсунголитиазом, выполнено двухэтапное дренирование вирсунгового протока. При контрольном осмотре киста полностью опорожнилась, однако развились множественные стриктуры ГПП, в связи с чем пациентке было выполнено неоднократное рестентирование протока с положительным лечебным эффектом. По окончании доклада была продемонстрирована пациентка, которая отметила значительное улучшение на фоне проведенного лечения.

Заключение: демонстрация клинического случая наглядно показала всю сложность обсуждаемой нозологии, а так же возможности эндоскопических методик, которые могут применяться как изолированно, так и первым этапом в лечении данной группы пациентов.

#### **5.СЛУШАЛИ:**

Выступила заместитель генерального директора ООО «Эндомед» с кратким информационным сообщением об услугах, предлагаемых организацией по монтажу, ремонту и техническому обслуживанию медицинского оборудования и аппаратуры, а также о дистрибуторских возможностях.

*Выступил Е. Г. Солоницын с объявлениями:*

*237-е заседание Санкт-Петербургского эндоскопического общества пройдет 21.03.2018г. Тема заседания «Тонкоигольная пункция под ЭУС-наведением. Клинические и технические аспекты».*

*Дата 21.02.2018г.*

*Председатель: Солоницын Е.Г. Секретарь: Саадулаева М.М.*

К докладу А.А.Санниковой и В.Л.Богдановой

## **Международные и российские рекомендации по эндоскопическим вмешательствам при остром и хроническом панкреатите**

### **РУКОВОДСТВА:**

- American Society for Gastroenterological Endoscopy (ASGE)
- The Japanese Society of Gastroenterology (JSGE)
- Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancretic Surgery (JSHBPS)
- European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
- Российское общество хирургов (РОХ)

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧТО ТАКОЕ ПАНКРЕАТИТ?:**

#### **Revised Atlanta classification of acute pancreatitis (2016)**

*Острый панкреатит* – это острое воспаление поджелудочной железы и потенциально жизнеугрожающее состояние.

Диагноз острого панкреатита устанавливается в случае наличия 2 из 3 трех следующих критериев:

- Острое начало, выраженный болевой синдром в эпигастральной области
- Повышение амилазы/липазы более, чем в 3 раза от верхних значений нормы
- Характерные изменения на КТ, МРТ, ЭндоУЗИ исследованиях:

#### **1. Местные изменения**

- (Пери) панкреатический некроз (инфицированный и неинфицированный)

#### **2. Системные изменения**

- Дисфункция органа: постоянная или временная

Тяжесть панкреатита основана на сочетании вышеописанных изменений.

- Ранний панкреатит (1-я неделя): тяжесть оценивается при наличии или отсутствии дисфункции органа.
- Поздний панкреатит (более 1 недели): тяжесть оценивается при наличии или отсутствии местных осложнений или тяжелых дисфункций систем органов.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

#### **1. Отёчный панкреатит.**

#### **2. Некроз ПЖ:**

Паренхиматозный некроз

Перипанкреатический некроз

Сочетание первых 2(наиболее часто встречаемое).

#### **3. Жидкостные скопления:**

- Жидкостные скопления, ассоциированные с отёчным панкреатитом (с минимальным или отсутствием некроза)

А. Острые перипанкреатические жидкостные скопления (acute peripancreatic fluid collections (APFCs): 1-ые 4 недели : некапсулированная перипанкреатическая жидкость.

Б. Псевдокисты (pseudocysts): образуются после 4 недель: капсулированные перипанкреатические или отдельные ЖС

- Жидкостные скопления, связанные с некротическим панкреатитом

1. Острые некротические скопления (acute necrotic collections (ANCs)): в первые 4 недели: неинкапсулированные гетерогенные.

2. Отграниченный некроз (Walled-off (pancreatic) necrosis (WON or WOPN) ): после 4-х недель: капсулированные гетерогенные.

Абсцесс ПЖ и интрапанкреатические псевдокисты в данную классификацию не включены (Atlanta Classification (revised 2016).

**РЕКОМЕНДАЦИИ ASGE: THE ROLE OF ENDOSCOPY IN BENIGN PANCREATIC DISEASE (2015).**

1. Не применять ЭРХПГ в качестве диагностики при единичном эпизоде острого панкреатита.
2. ЭРПХГ как метод выбора обнаружения острого идиопатического возвратного панкреатита (при подозрении на дисфункцию сфинктера Одди 2 типа), в том случае, если при ЭндоУЗИ и МРХПГ изменений нет и нет подозрений на наличие холедохолитиаза, билиарного сладжа или хронического панкреатита. Чередующейся стратегией является ЭРХПГ в сочетании с эмпирической билиарной и/или панкреатической сфинктеротомией
3. Рекомендуем ЭПСТ у пациентов с дисфункцией сфинктера Одди 1 типа или 2 типа, подтвержденной при манометрии.
4. Не рекомендуем выполнять ЭРХПГ для выявления возвратных или хронических абдоминальных болей при 3 типе дисфункции сфинктера Одди.
5. Рекомендуем использовать ректальные индометациновые свечи и/или стентирование панкреатического протока для профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита у пациентов с высоким риском его возникновения.
6. Рекомендуем выполнении ТАП при ЭУС при подозрении, но не доказанном случае аутоиммунного панкреатита. ТАП полезна для исключения малигнизации у пожилых пациентов

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ЖС (ASGE): THE ROLE OF ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY PANCREATIC FLUID COLLECTIONS (GUIDELINE).**

1. Рекомендуем эндоскопическое дренирование при воспалительных панкреатических ЖС только после того, как будет исключён такой диагноз как кистозная неоплазия и псевдоаневризма.
2. Рекомендуем выполнение эндоскопического вмешательства после формирования кистозной стенки при PFCs
3. Рекомендуем дренирование симптоматических панкреатических псевдокист.
4. Предлагаем дренирование быстро растущих панкреатических псевдокист.
5. Рекомендуем дренирование всех инфицированных воспалительных панкреатических скоплений у пациентов, резистентных к консервативному лечению.

6. Рекомендуем дренирование при наличии симптоматического стерильного некроза, который длится более чем 8 недель после начала острого панкреатита.
7. Рекомендуем эндоскопическое дренирование как 1 этап лечения, до хирургического лечения панкреатических псевдокист.
8. Рекомендуем использовать ЭндоУЗИ для трансмурального дренирования PFCs при отсутствии просвета или при подозрении портальной гипертензии
9. Рекомендуем трансмуральное эндоскопическое дренирование и/или чрескожное дренирование ограниченного некроза до трансмуральной эндоскопической некрэктомии или хирургического дренирования.
10. Рекомендуем эндоскопическое дренирование PFCs только в центрах с возможностью хирургической или интервенционной радиологической поддержки.
11. Предлагаем использования CO<sub>2</sub> при выполнении трансмуральных дренирований

**РЕКОМЕНДАЦИИ ЯПОНСКОГО ОБЩЕСТВА ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ (JSHBPS): JAPANESE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF ACUTE PANCREATITIS: JAPANESE GUIDELINES 2015****Лечение билиарного панкреатита**

Раннее выполнение ЭРХПГ/ЭПСТ оправдано при остром панкреатите, вызванном холедохолитиазом, в случае подозрения на холангит или длительном нарушении пассажа желчи.

**Лечение при местных осложнениях**

Эндоскопическое дренирование рекомендовано при инфицированном панкреатическом некрозе.

Эндоскопическое транслюминальное дренирование необходимо выполнить первоначально до некрэктомии. В случае неэффективного дренирования необходимо применить некрэктомию эндоскопическим методом.

**Хронический панкреатит** – это необратимый воспалительный процесс, характеризующийся разрушением паренхимы ПЖ и структурных протоков, что связано с наличием фиброза ткани.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ASGE): THE ROLE OF ENDOSCOPY IN BENIGN PANCREATIC DISEASE (2015).**

1. Рекомендуем эндоскопическую ретроградную панкреатографию с дилатацией и/или установкой пла-

стикового стента в качестве лечения симптоматического панкреатической стриктуры для пациентов, для которых эндоскопический метод лечения является первоначальным.

2. Рекомендуем применение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии для пациентов с нали-

чием камней в панкреатическом протоке, которые резистентны к стандартным методам эндоскопического извлечения.

3. Рекомендуем ЭРП со стентированием, как первую линию терапии при наличии свищей панкреатического протока.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ESGE: ENDOSCOPIC TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS:  
EUROPEAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGICAL CLINICAL GUIDELINE.**

Эндоскопическое лечение должно быть первой линией терапии пациентов с неосложненным хроническим панкреатитом, который проявляется болью.

Оценка эффективности лечения через 6–8 недель, если результат неудовлетворительный решение о дальнейшей тактике лечения должно приниматься консилиумом хирургов, эндоскопистов, рентгенологов.

**+ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО  
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПОД НАВИГАЦИЕЙ ЭУС**

– Пациенты с симптоматической обструкцией ГПП и неудачной попыткой транспапиллярного дренирования ГПП;

– В специализированных центрах;

– Пункция ГПП через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки, проводник заводится в ГПП для транспапиллярного (рандеву) или трансмурального дренирования.

**Блокада чревного сплетения под ЭУС навигацией**

Рекомендуется рассматривать этот метод, только как терапия второй линии для лечения боли при хроническом панкреатите;

– блокада чревного сплетения под ЭУС навигацией должна быть предпочтительнее чрежного доступа;

– кратковременное облегчение боли – около 1 месяца.

**Билиарные стриктуры**

- Холангит
- Механическая желтуха
- Персистирующая желтуха длительностью более 1 месяца
- Прогрессирование билиарной стриктуры по инструментальным данным
- Вторичный билиарный цирроз



**Этапное эндоскопическое стентирование желчных протоков  
в течение 1 года путем  
установки (и далее замены) множественных  
билиодуоденальных пластиковых стентов каждые 3 мес.**

## Стриктура панкреатического протока

- Диаметр ПП дистальнее стриктуры более 6мм
- Нет сброса контраста из проксимальных отделов параллельно введенному катетеру 6 Fr или менее



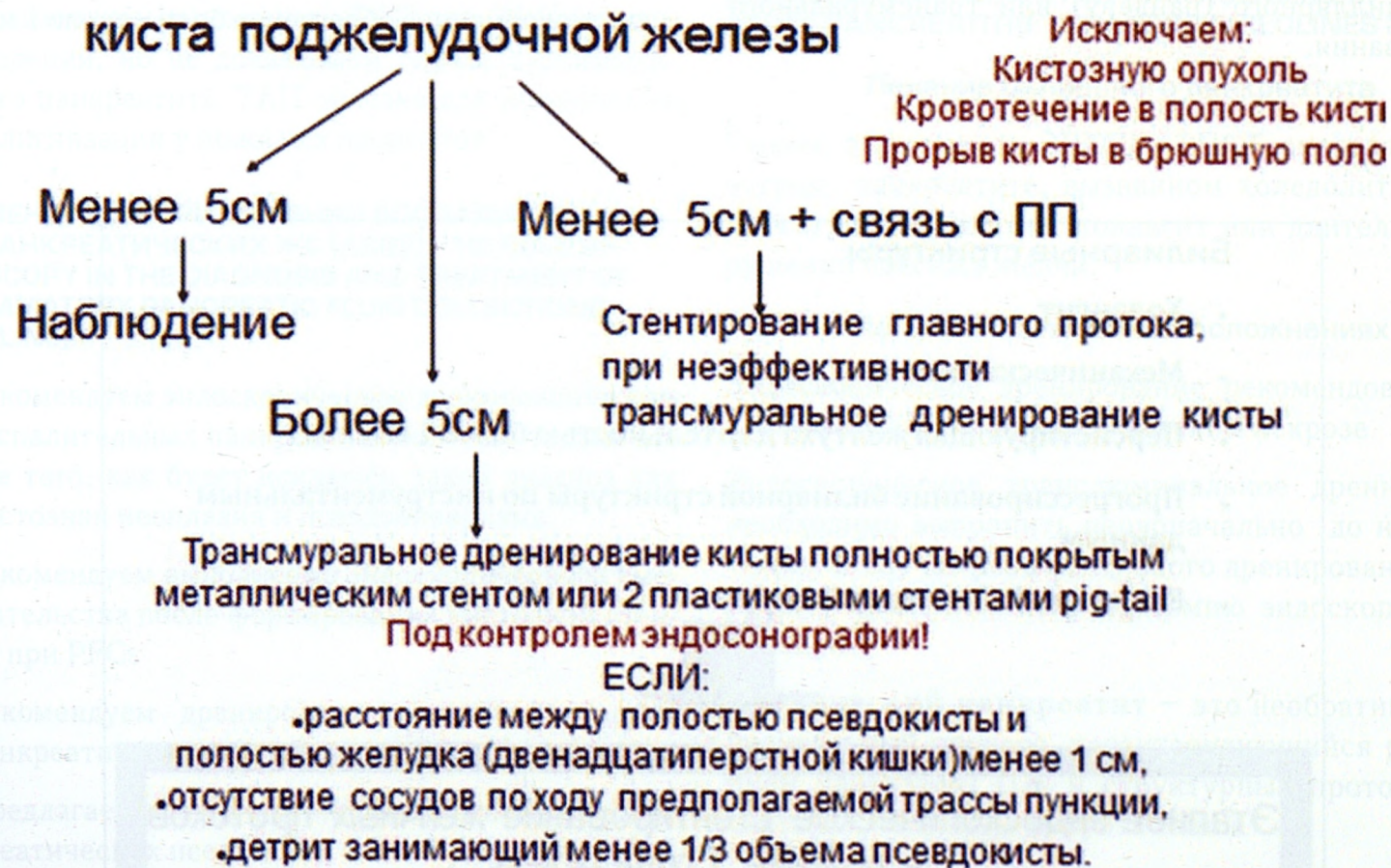
- 1) ПСТ
- 2) дилатация стриктуры (бужирование/баллонная дилатация)
- 3) устранение вирсунголитиаза
- 4) Стентирование 8,5-10 Fr

Плановая замена стентов через 2-3 месяца в течение года  
При неэффективности:

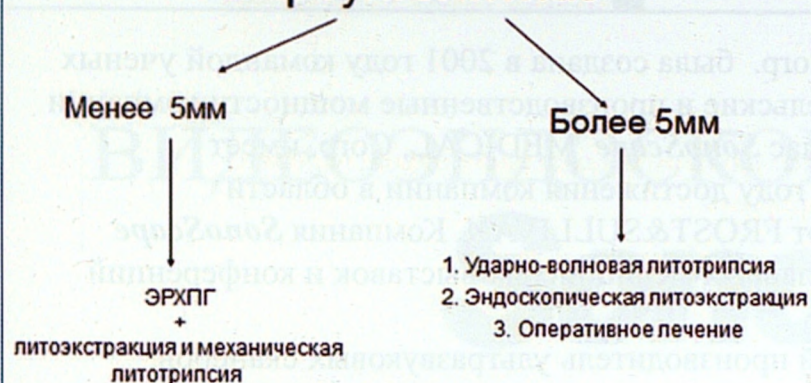
Установка нескольких стентов

Хирургическое вмешательство

## Постнекротическая неосложненная киста поджелудочной железы



## Вирсунголитиаз



## ВЫВОДЫ

1. Эндоскопические вмешательства при лечении острого и хронического панкреатита в большинстве случаев являются методами первой линии интервенции.

## Билиарные стриктуры

- Механическая желтуха
- Персистирующая желтуха длительностью более 1 месяца
- Холангит
- Прогрессирование билиарной стриктуры по инструментальным данным



Этапное эндоскопическое стентирование желчных протоков в течение 1 года путем установки (и далее замены) множественных билиодуоденальных пластиковых стентов каждые 3 мес.

2. Международное медицинское сообщество едино в отношении общих принципов применения эндоскопических методов при лечении острого и хронического панкреатита.

## КОНТАКТЫ

Санникова А. А. врач-эндоскопист, эндоскопическое отделение ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова»